



P-235 - FENESTRACIÓN LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL QUISTE ESPLÉNICO SINTOMÁTICO

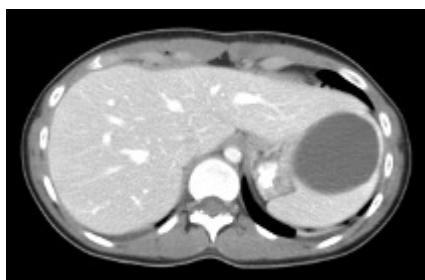
Jiménez Moreno, Isabel María; Pastor Pérez, Patricia; Rodríguez Lucas, Jose María; Hurtado Vázquez, Andrea María; Valero Soriano, María; López Morales, Pedro; Ruiz Marín, Miguel; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: El quiste esplénico es una patología infrecuente y aunque la mayoría son asintomáticos, aquellos de gran tamaño pueden generar síntomas compresivos o complicaciones como rotura, infección o hemorragia. En estos casos está indicado el manejo quirúrgico el cual debe ser lo más conservador posible para evitar la pérdida de la función inmunitaria del órgano. Se exponen los casos de 4 pacientes intervenidos de quiste esplénico en nuestro centro.

Casos clínicos: Caso 1. Varón de 16 años sin antecedentes que ingresó por dolor en hipocondrio izquierdo. Se realizó ecografía y TC abdominal visualizándose un quiste esplénico de 5×6 cm en el polo superior del bazo. Caso 2. Mujer de 25 años con hallazgo casual en ecografía de quiste homogéneo de 6,8 cm de diámetro. Caso 3. Varón de 38 años sin antecedentes, en estudio de dolor abdominal es diagnosticado en ecografía de quiste esplénico de más de 5 cm en el polo inferior del bazo. Caso 4. Varón de 40 años que presentaba dolor en hipocondrio izquierdo de larga evolución. Se realizó ecografía y TC abdominal hallando quiste esplénico de 8 cm de diámetro en polo superior del bazo. En todos los casos, tras completar el estudio con TAC y analítica y dada la sintomatología y el tamaño de los quistes se decidió intervención quirúrgica. En todos ellos se realizó un abordaje laparoscópico realizando punción, aspirado del contenido y fenestración de la pared del quiste preservando el resto de parénquima en su totalidad. Durante el seguimiento no se ha observado recidivas (8 años de seguimiento en casos 3 y 4; 2 años en el caso 2 y 2 meses en caso 1).



Discusión: Los quistes esplénicos se clasifican en parasitarios y no parasitarios que a su vez se clasifican en pseudoquistes y quistes verdaderos que suelen ser congénitos, por lo que la mayoría se diagnostican en pacientes jóvenes, localizándose principalmente en el polo superior del bazo. Su incidencia está en aumento debido al incremento en el uso de técnicas de imagen. La ecografía es suficiente como evaluación inicial aunque la TAC y RMN dan información del tamaño, localización, morfología, composición y relación con estructuras adyacentes. Los quistes de más de 5cm son susceptibles de complicaciones, por lo que se deben

tratar quirúrgicamente incluso en asintomáticos. Las opciones quirúrgicas varían desde esplenectomía total/parcial hasta la fenestración del quiste, con abordaje laparoscópico preferiblemente. En cuanto a la fenestración, se habían descrito tasas de recurrencia de hasta el 25%, aunque recientemente hay estudios que demuestran baja recurrencia tras un seguimiento superior a 2 años, con la ventaja de preservar la actividad esplénica de inmunidad y hematopoyesis, siendo una técnica quirúrgica menos invasiva y segura en estos pacientes. En quistes esplénicos mayores de 5 cm o sintomáticos está indicado el tratamiento quirúrgico siendo de elección el abordaje laparoscópico. La preservación de la función esplénica es el principal objetivo, por lo que se recomienda la fenestración, que presenta baja tasa de recurrencia, o la esplenectomía parcial.